Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/2500

16. 06. 88

Sachgebiet 82

Antrag

der Abgeordneten Dreßler, Fuchs (Köln), Egert, Haack (Extertal), Heyenn, Jaunich, Andres, Becker-Inglau, Dr. Dobberthien, Gilges, Hasenfratz, Dr. Hauchler, Ibrügger, Kirschner, Peter (Kassel), Reimann, Schanz, Schmidt (Salzgitter), Schreiner, Seuster, Steinhauer, Urbaniak, Weiler, von der Wiesche, Dr. Vogel und der Fraktion der SPD

Reform des Gesundheitswesens

Der Bundestag wolle beschließen:

I.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einer schweren Krise, deren Überwindung eine durchgreifende Reform notwendig macht. Hauptziel muß dabei die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

— Fehlende übergeordnete inhaltliche und finanzielle Gesamtorientierung,

— fehlende Ziel-, Prioritäten- und Aufgabenplanung,

— mangelhafte Steuerbarkeit,

— einseitige Ausrichtung an den Grundsätzen einer technisch orientierten Medizin,

— einseitige Bevorzugung der Hochleistungsmedizin und Vernachlässigung der sogenannten Breitenmedizin,

— völlig unzureichende Berücksichtigung der Notwendigkeit einer wirksamen Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung,

— mangelhafte Koordination und Kooperation sowie weitgehend fehlende Verzahnung zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,

— kostentreibende und zum Teil der wirtschaftlichen Vernunft zuwiderlaufende Preis-, Honorar- und Pflegesatzmechanismen,

— zersplitterte und einer wirksamen Interessenwahrnehmung zugunsten der Versicherten abträgliche Form der Gliederung des Krankenversicherungssystems,

— zum Teil erhebliche institutionelle Eigeninteressen in den Krankenversicherungsorganisationen,

— Beitragssatzunterschiede von bis zu 8 Prozentpunkten zwischen den verschiedenen Krankenkassen bei gleichen Leistungen in vergleichbaren Fällen,

— bereits eingetretene oder noch drohende Überkapazitäten in wichtigen Sektoren,

— Mangelversorgung in der Psychiatrie,

— fehlende Kosten- und Leistungstransparenz

sind einige der Hauptmängel in der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung. Diese müssen ausgeräumt werden, um die Qualität und Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens dauerhaft zu sichern.

Der von der Bundesregierung erarbeitete und von den Fraktionen von CDU/CSU und FDP eingebrachte Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes – GRG (Drucksache 11/2237) beseitigt die aufgezeigten Mängel nicht. Er erschöpft sich vielmehr weitgehend in dem untauglichen Versuch, die Kostenentwicklung zu konsolidieren, ohne die ihr zugrundeliegenden Ursachen zu beseitigen. Die Lasten dieses Versuchs werden durch Ausweitung der Selbstbeteiligung und Kürzung der Leistungen zudem einseitig den Versicherten und den Kranken aufgebürdet.

II.

Der Deutsche Bundestag lehnt den Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes ab. Er fordert die Bundesregierung auf, statt dessen eine Reform unseres Gesundheitswesens vorzubereiten, die sich an den Interessen der Versicherten orientiert.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, durch geeignete Maßnahmen die Grundlagen für eine verbesserte inhaltliche und finanzielle Orientierung und Steuerung des Gesundheitswesens herzustellen. Dies bedeutet:

a) Soweit es sich um Probleme des Gesundheitswesens handelt, deren Regelung in die Kompetenz der Bundesländer fällt, wird die Bundesregierung ersucht, die Koordinierung zwischen den einzelnen Ländern mit dem Ziele bundeseinheitlicher inhaltlicher und finanzieller Vorgaben sicherzustellen.

b) Soweit es sich um die gesetzliche Krankenversicherung handelt, wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der auf der Basis einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung die Grundlagen für die Erarbeitung eines inhaltlichen und finanziellen Orientierungsrahmens und seiner periodischen Fortschreibung festlegt. Dieser Orientierungsrahmen und seine Fortschreibungen sind dem Deutschen Bundestag zur Beschlußfassung zuzuleiten. In ihm sind zu erläutern:

— die gesundheitspolitischen Prioritäten und Ziele von Prävention, Versorgung und Rehabilitation der Patienten;

— die qualitativen Grundsätze für eine optimale Versorgung der Patienten, einschließlich der Angabe von Normen und Standards zur Sicherung der Qualität;

— die quantitativen Grundsätze für eine wirksame Versorgung, einschließlich der Angabe von Richtwerten für den Einsatz des personellen und institutionellen Gesundheitsangebotes;

— Wege zur Überwindung von Über- und Mangelversorgung;

— die bei der Verwirklichung der Prioritäts- und Zielvorgaben angestrebte finanzielle Entwicklung insgesamt und in den einzelnen Versorgungsbereichen (Finanzrahmen);

— die angestrebte Beitragssatzentwicklung sowie ihr Bezug zu den anderen Sozialversicherungsbeiträgen und zur steuerlichen Abgabenbelastung;

— die Maßnahmen, mit denen einem Abweichen der tatsächlichen von der gewünschten Entwicklung entgegengewirkt werden kann.

Der Orientierungsrahmen ist Empfehlungsgröße für die im Gesundheitswesen tätigen Personen und Institutionen.

c) Der Orientierungsrahmen ist mit den Ergebnissen der Koordinierung im Bereich der Gesundheitsaufgaben der Länder abzustimmen.

III.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, in einem neu vorzulegenden Gesetzentwurf die Kodifizierung des Krankenversicherungsrechtes im Sozialgesetzbuch so vorzunehmen, daß den Betroffenen bei der Wahrnehmung der ihnen übertragenen Aufgaben weitgehende Gestaltungsfreiheit eingeräumt wird. Das Interessenübergewicht der Leistungserbringer ist durch neue Rechte für die Krankenkassen dabei zu überwinden.

1. Das Verhältnis zwischen Krankenkassen einerseits und Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, pharmazeutischen Unternehmen und weiteren Leistungserbringern andererseits ist neu zu ordnen. Die Interessen der Patienten stehen dabei im Mittelpunkt, Regelungen durch die Selbstverwaltung ist Vorrang vor Regelungen durch staatliche Instanzen zu gewähren.

   — Die Organisation der gesundheitlichen Versorgung der Krankenversicherten wird bürgernah in die Regionen verlagert. Den Ländern obliegt die Festlegung der Regionen.

   — Der Auftrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung wird gemeinsame Angelegenheit der Selbstverwaltung der Betroffenen: der Krankenkassen als Verantwortliche für die Finanzierung und Vertretern der Patienten- und Versicherteninteressen, der Gebietskörperschaften als in der Region politisch Verantwortliche und der Leistungserbringer als Verantwortlicher für die Durchführung der Leistungen.

— Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringer bilden dazu die gemeinsame, drittelbeteiligt zusammengesetzte regionale Gesundheitskonferenz, die mit allen anderen im Gesundheitswesen tätigen Gruppen – auch aus der Selbsthilfe – zusammenarbeitet. Die Länder bestimmen, in welchem Umfang unter Berücksichtigung der wahrzunehmenden Aufgaben die verschiedenen Ebenen der Gebietskörperschaften vertreten sind.

— Die Aufgaben der Bedarfsplanung, die bisher auf Landesebene wahrgenommen wurden, gehen an die Regionen. In der ambulanten Versorgung gehen sie von den kassenärztlichen Vereinigungen und in der stationären Versorgung von den Ländern auf die regionale Gesundheitskonferenz über.

— Bei der Bedarfsplanung sind die Normen, Standards und Richtzahlen des Orientierungsrahmens zu beachten. Abweichungen und die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sind möglich, allerdings zu begründen.

— Die Erfüllung der Bedarfsplanung obliegt den Krankenkassen. Sie sichern sich vertraglich (z. B. durch Ausschreibungen) aus dem regionalen Gesamtangebot des ambulanten und stationären Bereichs den Teil, den der Bedarfsplan vorsieht (Einkaufsmodell) und erstellen gemeinsam mit den Leistungserbringern Regeln zur Sicherung der Leistungs- und Kostentransparenz. Die Vertragsgestaltung hat so zu erfolgen, daß die Entstehung sogenannter closed shops in den einzelnen Gesundheitsberufen verhindert wird. Im stationären Bereich sind Hochschulkliniken in jedem Fall zu berücksichtigen.

— Die regionale Gesundheitskonferenz setzt die Empfehlungsgrößen des Orientierungsrahmens für die Region um. Sie konkretisiert die Prioritäts- und Zielplanung sowie den Finanzrahmen für die Region.

— Preise, Honorare und Pflegesätze werden grundsätzlich auf dem Verhandlungswege gemeinsam von den Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbringern in der Region festgelegt. Für den Fall einer fehlenden Einigung ist ein unabhängiges Schiedsverfahren obligatorisch.

— Preise, Honorare und Pflegesätze werden so verändert, daß von ihnen Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten ausgehen. In der kassenärztlichen Versorgung soll die Einzelleistungsvergütung durch diagnoseabhängige Fallpauschalen oder andere Honorarformen ersetzt werden, die zu einem angemessenen Behandlungsaufwand führen und die den Gefahren einer Maximal- oder einer Minimalversorgung begegnen. In der stationären Versorgung werden degressive Pflegesätze, gestufte Pflegesätze oder ebenfalls diagnoseabhängige Fallpauschalen erprobt.

— Die vertraglich zur Versorgung verpflichteten Ärzte und Zahnärzte schließen sich zur regionalen kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Vereinigung, die vertraglich verpflichteten Krankenhäuser zur regionalen Kassenkranken-

hausvereinigung als Körperschaften des öffentlichen Rechtes zusammen. Sie sind die Verhandlungspartner der Krankenkassen.

— Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln erfolgt durch Apotheken. An ihrem öffentlichen Versorgungsauftrag wird ebenso festgehalten wie an dem sich daraus als Konsequenz ergebenden einheitlichen Apothekenabgabepreis mit administrativ fixierter Handelsspanne (Arzneitaxe).

— Die regionale Organisierung des Gesundheitswesens gilt nicht für die Grundsätze der Arzneimittelversorgung, sie sind vielmehr auf Bundesebene festzulegen.

— Kassenärzte, Apotheker und Krankenkassen gründen ein gemeinsames Arzneimittel-Institut für die kassenärztliche Versorgung, daß das Gesamtangebot an Arzneimitteln im Hinblick auf die Eignung der einzelnen Präparate für die kassenärztliche Verordnung bewertet. Die geeigneten Präparate werden in einem Vorschlag zusammengefaßt, der auch die verschiedenen Therapierichtungen berücksichtigen muß.

— Über die in diesem Vorschlag aufgeführten Präparate führen die Krankenkassen Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Herstellern. Präparate, über deren Preis Einvernehmen erzielt wurde, werden in eine Positiv-Liste verordnungsfähiger Arzneimittel aufgenommen. In der Positiv-Liste sind die unterschiedlichen Therapierichtungen angemessen zu berücksichtigen. Die Verhandlungsparteien können bei Nichteinigung ein Schiedsverfahren vereinbaren.

2. Das Krankenversicherungssystem wird einer Organisationsreform unterzogen. Dabei ist die Sicherung folgender Grundziele unabweisbar:

a) Das Prinzip der Solidarität muß umfassend und durchgängig verwirklicht werden;

b) das Prinzip der Sachleistung muß Regelform der Leistungsgewährung bleiben;

c) die Krankenversicherung wird durch Beiträge finanziert, die sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten richten;

d) alle Versicherten erhalten gleiche Rechte und unterliegen gleichen Pflichten;

e) alle Krankenkassen werden gleichberechtigt. Für sie gilt ein gleiches Beitrags-, Leistungs-, Mitgliedschafts- und Vertragsrecht;

f) das Prinzip der Selbstverwaltung bleibt erhalten. Ihre Organisation wird durch die Übertragung neuer Rechte gestärkt. Das Recht der Selbstverwaltung wird für alle Kassenarten einheitlich und entsprechend der neuen Aufgabenstellung ausgestaltet.

Die Erfüllung dieser Grundziele soll durch die Verwirklichung nachfolgender Einzelmaßnahmen sichergestellt werden:

— Um eine tragfähige Solidargemeinschaft zu erreichen, muß zukünftig für die Krankenversicherung die Versicherungspflichtgrenze entfallen. Wie bereits in der Rentenversicherung besteht künftig auch in der Krankenversicherung Versicherungspflicht für alle Arbeiter und Angestellten. Selbständige und Beamte sind versicherungsberechtigt, letztere allerdings unter Verzicht auf die Beihilfeleistung, jedoch bei voller Zahlung eines „Arbeitgeberzuschusses" durch den Dienstherrn. Empfänger von Sozialhilfe sind zukünftig grundsätzlich pflichtversichert.

— Die Zahlung der Beiträge muß weiterhin nach dem Grundsatz der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder erfolgen, nicht aber nach deren individuellen oder gruppenspezifischen gesundheitlichen Risiken. Die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung ist auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung anzuheben. Beitragszu- oder -abschläge bei Gewährung von Zusatzleistungen oder Leistungsausgrenzungen sind Elemente der privaten Krankenversicherung und mit dem Solidarprinzip unvereinbar. Sie sind ebenso unzulässig, wie Wahltarife, Beitragsrückerstattungen und sonstige Tarifdifferenzierungen.

— Die Gewährung der Sachleistungen erfolgt weiterhin unabhängig von der Höhe der Beitragszahlung. Sie ist für alle Versicherten in vergleichbaren Fällen gleich, Leistungsdifferenzierungen sind unzulässig. Der Leistungskatalog wird gesetzlich festgelegt, dabei ist die rechtliche und tatsächliche Gleichstellung von körperlich Kranken und psychisch Kranken zu gewährleisten. Satzungsmehrleistungen entfallen zukünftig, gemeinsame regionale Modellvorhaben der Krankenkassen zur Verbesserung der Krankheitsvorbeugung und der gesundheitlichen Versorgung bleiben möglich.

— Alle Krankenkassen werden gleichberechtigt. Sonderrechte werden abgeschafft oder zu Allgemeinrechten für alle Krankenkassen ausgeweitet. Die Unterteilung von Krankenkassen in solche für Arbeiter und solche für Angestellte entfällt, sie widerspricht der notwendigen rechtlichen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten in der Krankenversicherung.

— Die Krankenkassen müssen sich zur Steigerung der Leistungsfähigkeit zu größeren Einheiten zusammenschließen können. Die Versichertennähe muß dabei gewährleistet bleiben.

— Alle Krankenkassen oder Kassenarten richten überall dort, wo sie auf regionaler Ebene in den Gesundheitskonferenzen im Vertrags- und Planungsbereich Verantwortung tragen, zur Stärkung der Mitwirkung der Versicherten Selbstverwaltungsgremien neu ein, wenn bisher dort keine bestehen.

— Die Pflicht zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung umfaßt nicht die Zuweisung zu einer bestimmten Krankenkasse. Es wird lediglich bestimmt, daß der Betreffende gesetzlich krankenversichert sein muß, nicht aber in welcher Kasse. Alle Mitglieder entscheiden selbst, ob sie in einer in der Region bestehenden Ortskrankenkasse, in einer dort tätigen Ersatzkasse, in einer der dort ansässigen Betriebs- oder Innungskran-

kenkassen Mitglied werden wollen (freies Wahlrecht). Die Krankenkasse muß den Mitgliedschaftsbewerber aufnehmen. Er kann die Krankenkasse wieder verlassen und wechseln.

— Um prinzipielle Nachteile für einzelne Krankenkassen durch die Einführung des Wahlrechtes zu vermeiden, führen sie zuvor innerhalb ihrer Kassenart je einen bundesweiten Belastungsausgleich durch, der eine Vereinheitlichung der Beitragssätze innerhalb der jeweiligen Kassenart und eine Angleichung der Beitragssätze zwischen den Kassenarten bewirken soll. Der Belastungsausgleich muß jedoch Anreize für eine sparsame Wirtschaftsführung vor Ort bieten und darf nicht zu einer indirekten Bestandsgarantie für jede Krankenkasse werden. Mit ihm sollen nur diejenigen Unterschiede ausgeglichen werden, auf deren Entstehung die einzelne Krankenkasse keinen Einfluß hat.

Bonn, den 16. Juni 1988

Dreßler
Fuchs (Köln)
Egert
Haack (Extertal)
Heyenn
Jaunich
Andres
Becker-Inglau
Dr. Dobberthien
Gilges
Hasenfratz
Dr. Hauchler
Ibrügger
Kirschner
Peter (Kassel)
Reimann
Schanz
Schmidt (Salzgitter)
Schreiner
Seuster
Steinhauer
Urbaniak
Weiler
von der Wiesche
Dr. Vogel und Fraktion

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 231967
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 201363, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (0228) 363551
ISSN 0722-8333